D. Tomé

T/D 2339

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE BUENOS AIRES

PERIOSTITIS FLEMONOSA

TÉSIS

DE

LUIS EIZAGUIRRE

BUENOS AIRES

Imprenta y Librerias de Mayo, calle Moreno 241 y Perú 64

1875.

Sr. Dr. Dn. Juan José Montes de Oca
sírvase aceptar este probe trabajo
de uno de sus discípulos agrade-
cidos que le desea felicidad
Luis Eizaguirre

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE BUENOS AIRES

PERIOSTITIS FLEMONOSA

TÉSIS

DE

LUIS EIZAGUIRRE

BIBLIOTECA DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DUPLICATA
BUENOS AIRES

BUENOS AIRES
Imprenta y Librerias de Mayo, calle Moreno 241 y Perú 64
1875.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

DÉCANO HONORARIO

Dr. D. Juan José Montes de Oca

DÉCANO

Dr. D. Manuel Porcel de Peralta

SECRETARIO

Dr. D. Jacobo de T. Pinto

MIEMBROS ACADÉMICOS

Dr. D. Nicanor Albarellos
« « Manuel A. Montes de Oca
« « Mauricio G. Catan
« « Cleto Aguirre
« « Ernesto Aberg
« « Santiago Larrosa
« « Pedro A. Pardo
« « Julian Fernandez
« « Manuel Arauz
« « Leopoldo Montes de Oca
« « Eduardo Wilde
« « Pablo Marenco
« « Pedro A. Mattos
« « Rodolfo Wolff

ESCUELA DE MEDICINA DE BUENOS AIRES

ASIGNATURAS	CATEDRÁTICOS	
Anatomía	Dr. D.	Mauricio Gonzalez Catan
Fisiología	« «	Santiago Larrosa
Materia Médica y Farmacología .		Vacante
Higiene Pública y Privada . .	« «	Guillermo Rawson
Nosografía Quirúrgica	« «	Teodoro Álvarez
Clínica Quirúrgica	« «	Manuel A. Montes de Oca
Nosografía Médica	« «	Manuel Arauz
Clíica Médica	« «	Manuel Porcel de Peralta
Partos, enferm. de niños y mujeres.	« «	Pedro A. Pardo
Patología G'neral y Medicina Legal.	« «	Nicanor Albarellos

SUSTITUTOS

Anatomía		Vacante
Fisiología		Vacante
Materia Mèdica, etc. (en ejercicio).	Dr. D.	Pablo Santillan
Higiene Pública		Vacante
Nosografía Quirúrgica	« «	Leopoldo Montes de Oca
Nosografía Médica	« «	Luis Tamini
Clínica Quirúrgica		Vacante
Partos, etc.	« «	Antonio T. Ballester
Patolojía, etc.	« «	José T. Baca
Clínica Médica	« «	Pedro A. Mattos.

Secretario

DR. D. JACOBO T. DE PINTOS

Disector en Gefe

D. BARTOLOMÉ NOVARO

Preparador

D. JULIO MUÑOZ

Padrino de Tésis

DR. D. MANUEL AUGUSTO MONTES DE OCA

NOTA — *El Padrino no podrá tomar la palabra en la discusion, y su presencia solo se considerará como un acto de honor para el ahijado*—
(REGLAMENTO DE LA FACULTAD)

Al distinguido Clínico

Dr. D. Juan José Montes de Oca

GRATITUD.

SEÑOR DECANO.

SEÑORES PROFESORES DE LA FACULTAD:—

Dócil á vuestra enseñanza y á vuestras inspiraciones siento hoy mas que nunca, al subir á este asiento elevadísimo, lo profundo de la reserva y sábia timidez de la ciencia antigua.

Desde esta altura á que he ascendido mas que por mi propio mérito, por vuestros esfuerzos y útil ayuda, diviso con amor y respeto el vasto campo de la ciencia en que me habeis iniciado con apostólica solicitud, y me dispongo á esplorarlo con anhelo superior, con ardorosa y franca consagracion, confortado siempre por vuestro estímulo, iluminado con el reflejo de vuestro saber y empapado en la luz de vuestras sábias inspiraciones.

Reconozco, mis distinguidos Catedráticos, que el discípulo debe ser digno del sacerdote y del templo.

Reconozco la sincera y completa vocacion que exije la ciencia creada por el divino genio del inmortal viejo de Cos, y á cuyo respecto puede bien repetirse aquel sábio aforismo del inspirado poéta del Ponto: *Causa latet, vis est notissima.*

Las pobres pruebas que os he dado y la que en estos

momentos rindo, no son mas que los sérios compromisos que contraje en el altar de la ciencia de hacerle el holocausto de toda mi admiracion y de todo mi pensamiento.

Yo sé cuán inmenso es el compromiso que voy á echar sobre mis hombros desde este solemne momento: sé que voy á inscribir mi nombre en la bandera en que brillan tantos otros ilustres é inmortales: sé que voy á ser un testimonio viviente de vuestro saber y del mérito de la Escuela Bonaerense, Escuela que, aunque sin alto renombre en el mundo científico, no por eso menos importante y profunda.

Os pido, pues, mis distinguidos maestros, estos votos que renuevo, y me dispenseis la indulgencia que nunca me habeis negado, aceptando tambien el aprecio y el recuerdo imborrable de vuestro reconocido discípulo.

En el pobrísimo trabajo que con timidez he redactado, como última prueba oficial, me he propuesto estudiar la Periostitis aguda flemonosa bajo el doble punto de vista de sus síntomas inflamatorios y tíficos.

Aunque de este tema puede decirse con un clásico *materiam superabat opus*, no obstante, á él me han inclinado las observaciones que he recogido en diferentes épocas y estudios ulteriores que he seguido en el mismo órden de ideas.

Por otra parte, la diversidad de las formas y la variedad de aspectos con que se presentan las enfermedades al observador, me han parecido materia digna de ensayar mis débiles fuerzas en la empresa de reducir á cierto límite esa especie de polimorfismo clínico, aunque sin la pretension que no permite una cuestion tan oscura y escabrosa, al punto de ser siempre nueva, apesar de su remota antigüedad.

Ignoro si habré alcanzado mi propósito y si he pecado por no haber hecho lo que otros que me han precedido, hicieron: es decir, tratar pura y simplemente la periostitis: confieso tambien que desde el principio me he convencido de las serias dificultades con que debia tropezar á cada instante y tentado estuve de aceptar este título mas modesto y mas fácil.

Pero he querido no solo dar mas interés á mi trabajo sino tambien demostrar empeño en superar las dificultades y probar amor á la ciencia al ensayar tentativas arriesgadas. Si el resultado no ha respondido á mi pensamiento, sino me muestro digno de vosotros y de esta sabia Escuela, os pido nuevamente no me negueis la proteccion que siempre me ha alentado en la escabrosa via del aprendisaje y sin la que reconozco no seria digno de ocupar este asiento que han ocupado ilustrados Argentinos.

SINONIMIA É HISTORIA

La enfermedad que he elejido como objeto de mi tésis, ha recibido diferentes denominaciones: Chassaignac le ha dado el nombre de abcesos subperiosticos; Schutzemberger el de periostitis aguda, periostitis flemonosa y Mr. Gamet Osteo—periostitis periarticular.

Tambien Mr. Chassaignac la ha denominado Osteomielitis y Mr. Gosselin la llama Osteitis epifisaria de los adolescentes. Todas estas denominaciones han sido dadas por los cirujanos indicados, ya á la misma enfermedad, ya á modalidades patológicas, que unicamente tienen con ella una mediana analogia. Efectivamente, la osteo-mielitis de Mr. Chassaignac y la osteitis epifisaria de Mr. Gosselin son lesiones consecutivas de la enfermedad y no la enfermedad misma.

Mr. Giraldes, despues de numerosas observaciones, adopta el nombre de periostitis flemonosa de acuerdo con Mr. Schutzemberger profesor de la Facultad de Strasbourg.

Siguiendo la opinion de Mr. Giraldes adopto la denominacion que él le ha dado.

Es conveniente antes de principiar el estudio de esta enfermedad, hacer una ligera esposicion á propósito de su historia.

Roux, fué el primero que consideró el flemon difuso profundo como el resultado de una periostitis; tambien el primero en hacer una distincion entre el flemon que tiene por punto de partida el periostio y el que tiene por asiento el tejido celular superficial; la distincion es exacta y el error solo está en el nombre, de consiguiente teniendo en cuenta esta consideracion, Roux merece el honor de colocarse en el número de los cirujanos que han estudiado la enfermedad que nos ocupa.

En varias memorias que tratan de esta dolencia se cita en primera línea á Ph. Crampton, cierto es, que este cirujano habla de la periostitis en un artículo publicado en el primer volúmen del «Dublin hospital Reports,» pero no trata de la periostitis flemonosa que se conocia generalmente bajo el nombre de abcesos subperiosticos.

En una relacion que pasaba Mr. Veir en 1830 sobre las enfermedades tratadas en la enfermeria de Glasgow, refiere algunos casos de periostitis flemonosa.

Poco tiempo despues Graves publicó un trabajo relativo no al asunto considerado de una manera general, sino únicamente á los abcesos unidos á una alteracion de la aponeurosis epicraneana.

En seguida vino Gerdy con su contingente á aumentar el número de las observaciones.

Pero Mr. Chassaignac, es uno de los cirujanos que tiene el mérito de haber hecho un estudio completo acerca de esta importante enfermedad.

Ulteriormente ha escrito sobre esta misma materia Mr. Schutzemberger profesor de Clínica en la Facultad de Strasburgo.

Empero, Mr. Giraldes, en su tratado de las enfermedades quirúrgicas de los niños, traza un cuadro completo y fiel de la periostitis flemonosa: en él se encuentra la historia, la critica, los síntomas, la marcha é indicaciones terapéuticas descriptas con una admirable precision y de una manera muy completa; pero se inclina á creer que la causa de la enfermedad es de origen reumatismal.

Mr. Follin en un excelente artículo de su patologia externa habla de la periostitis flemonosa.

Billrot trata de la misma enfermedad en su patologia quirúrgica.

Finalmente, Mr. Gosselin al ocuparse de la Osteitis epifisaria de los adolescentes, en su tratado de clínica quirúrgica, hace una ligera reseña de los cirujanos que últimamente han escrito acerca de la inflamacion de los huesos, y cita entre otros á Mr. Culot, Gamet y Louvet, haciendo de sus escritos un grande elogio.

ETIOLOGÍA

¿Hay alguna causa general que predisponga á la periostitis flemonosa?

Las observaciones no prueban su existencia, puesto que, en la totalidad de los casos que los autores refieren, se encuentra en unos como única causa capaz de determinar esta dolencia el frio húmedo; y en otros, se ha observado que son las violencias exteriores, los movimientos forzados, las fatigas prolongadas, quienes la han determinado, y en muy pocas observaciones la causa ha pasado desapercibida, y en esos casos la aparicion de

la enfermedad se ha atribuido á una causa desconocida: algunas veces se observan periostitis localizadas ó múltiples, consecutivas á las fiebres graves, como la fiebre tifoidea, el sarampion, la escarlatina y la viruela, como resulta de las investigaciones de Valleix; pero estos son hechos que forman un grupo separado, de los que no me ocuparé, lo mismo que de las manifestaciones de la sífilis en ciertos periodos de su evolucion.

La escrófula apesar de ser tan comun en los niños, son muy pocos los casos en que se la ha observado y en esos mismos parece que no ha tenido una influencia muy notable sobre la marcha de la enfermedad.

La naturaleza reumatismal parece estar mejor demostrada; sinembargo no se apoya en razones suficientemente sólidas: y los autores que la admiten se fundan en los hechos siguientes: Influencia del frio húmedo. Dolores articulares y musculares. Las lesiones endopericardiacas concomitantes. Estos hechos no son suficientes para dar una demostracion completa.

Obrando fisicamente el frio húmedo puede producir una enfermedad reumatismal: pero, porque produzca esta enfermedad, ¿puede asegurarse que no produzca otra? No; el frio puede, como cree Mr. Giraldes, ejerciendo un descenso en la circulacion periférica y un aumento de la misma hácia el periostio, de donde puede resultar una hiperemía de esta membrana por ser sumamente vascular en los niños y en los adolescentes; ademas es esta edad en la que mas se observa la enfermedad que nos ocupa: de consiguiente, puede admitirse que hasta cierto punto el frio húmedo puede considerarse como causa de la periostitis y en prueba de ello Mr. Giraldes trae una observacion y que es la siguiente:

«Legr. Napoleon, de siete años y medio de edad, entró

al Hospital en 1862, á la sala de San Cosme; no tenia sino padre quien se ocupaba muy poco de su hijo. Algunos dias antes de su admision habia dormido dos noches á la intemperie.

«Cuando lo vi por primera vez, su estado se asemejaba al de un individuo afectado de una fiebre tifoidea; el muslo derecho ofrecia una tension é hinchazon considerable, la piel estaba ligeramente roja y muy caliente, el niño se quejaba de dolores muy agudos.

«Practiqué dos incisiones anchas y profundas, constaté que el fémur estaba denudado en una considerable extension: apesar de este tratamiento ayudado de los tónicos á alta dósis, persistió la fiebre en los dias siguientes; el muslo estaba edematoso y tenia el aspecto fusiforme, el pus corria en abundancia, los dolores eran intensos, la rodilla estaba muy voluminosa, todo hacia temer la necesidad de una amputacion.

«La mejoria se manifestó muy pronto; despues de algunas alternativas disminuyeron los sufrimientos y el miembro recuperó parte de sus funciones; despues de dos meses las heridas estaban casi cicatrizadas pero siempre suministraban un poco de pus, indicio de una nécrosis.

«Este accidente nos obligó al cabo de algunos meses á extraer un secuestro de tres centímetros de largo; despues de esta operacion el niño volvió á la salud y salió del hospital completamente curado.»

En cuanto á los dolores musculares y artículares se sabe que en todos los movimientos febriles pronunciados existen; pero cuando estos dolores son muy agudos y acompañan al movimiento febril indican siempre la existencia de una periostitis, pues los hechos la esplican suficientemente

Las lesiones endopericardiacas constituyen en favor

de la naturaleza reumatismal una razon mas sería pero tambien especiosa en el fondo. Pues con mucha frecuencia se encuentra al mismo tiempo que estas lesiones, otras alteraciones que nos hacen ver de una manera diferente la naturaleza de la enfermedad, por ejemplo, las apoplejias pulmonares, abcesos metastáticos de los mismos, del hígado y de los riñones, etc.

Mas bien puede admitirse del conjunto de estas lesiones una complicacion como la septicemia, que una causa de naturaleza reumatismal.

Para admitir tal naturaleza á la enfermedad, era necesario que se admitiese una forma particular de reumatismo.

Primero, reumatismo que no alterna con otras formas mas modestas, pues en los casos observados ninguno hay de antecedentes reumáticos: reumatismo localizado en la mayoria de los casos: reumatismo que termina rápidamente por la supuracion: tres fenómenos que por si solos pueden bastar para juzgar la cuestion por ser todos contrarios al tipo general del reumatismo.

Que la escrófula tenga su influencia en la marcha de la enfermedad puede admitirse, pero que sea el punto de partida de ella, la estadística y la observacion no lo prueban de una manera evidente.

¿Existe alguna causa especial? Algunos autores admiten un vicio interno; otros dicen que es necesario una infeccion anterior que presida á las manifestaciones locales; otros que la periostitis flemonosa es debida á una causa general discrásica.

Roser desarrolla estas ideas, y en su fiebre seudoreumatismal de los adolescentes, dice que el proceso afecta las grandes díafisis, pero puede primitivamente afectar las articulaciones, el tejido celular y escepcionalmente el

pericardio, las pleuras, los riñones, pulmones, etc. y despues de algunas consideraciones agrega que, muchas veces el orígen del mal ha sido una violencia exterior, es decir una causa local.

Todas estas opiniones, salvo un nombre y la multiplicidad de tejidos afectados, son semejantes.

Fáltanos establecer que la periostitis flemonosa acompañada de síntomas generales graves puede reconocer por causa una violencia esterior, tracciones musculares exageradas y movimientos forzados como lo prueban los casos siguientes.

OBSERVACION 1ª

Un niño de 10 años de edad, argentino, de buena constitucion, bien musculado, de estatura regular, sin haber padecido nunca enfermedad alguna grave, sin tener señales de escrófulas, é hijo de padres sanos.

El dia 19 de Marzo del año 1874, por la tarde, el niño se puso á saltar con una hermanita suya, habiéndose dado un golpe en la rodilla derecha á consecuencia de una caida, se levantó y continuó saltando sin que sintiera mucho dolor.

El dia 20 por la mañana, el niño quiso levantarse á la hora de costumbre, pero no pudo efectuarlo, á consecuencia de un dolor muy agudo que esperimentó en la parte anterior y superior de la tibia, cerca de la articulacion.

Se me llamó por la intimidad que tenia con la familia, para que viera el niño y en la creencia que fuera una cosa pasagera; constaté un poco de hinchazon cerca de la artículacion de la rodilla, el niño tenia fiebre y prescribí unas seis sanguijuelas al punto contundido.

El dia 21 la hinchazon habia aumentado y se esten-

dia hácia abajo y á lo largo de la tibia, el calor era vivo y el pulso muy acelerado, pero no habia tenido ningun escalofrio, tenia un poco de delirio; le prescribí una lavativa purgante, y pedí una consulta, pues el caso era ya bastante grave, la cual tuvo lugar el dia siguiente.

Asistió á ella el Dr. Molina, y en compañia de él, constatamos lo siguiente: el niño estaba amodorrado, la boca entreabierta, los lábios y la lengua secos, y cubiertos de costras negruzcas, la piel muy caliente, el pulso muy acelerado, pequeño y depresible. Cuando le hicimos algunas preguntas, unas respondia con precision y en otras divagaba.

El miembro enfermo estaba acostado sobre el lado externo y en flexion, al menor movimiento que se le imprimia el paciente daba gritos penetrantes; la pierna era el asiento de una tumefaccion considerable que se estendia desde la articulacion de la rodilla hasta la articulacion tibio-tarsiana, el pié tambien estaba hinchado y edematoso pero no doloroso á la presion y otro tanto sucedia con el muslo: habiendo examinado todo el miembro no encontramos ninguna induracion tanto en los vasos femorales como inguinales.

La articulacion de la rodilla parecia estar intacta, pues en ella no se percibió ni derrame ni se constató sensibilidad.

El edema de la pierna estaba localizado en la tibia con bastante claridad, la presion de los dedos dejaba una impresion profunda y provocaba un dolor agudo en toda la longitud de la diáfisis; la piel estaba pálida y con un tinte ceroso, ademas existia una placa rosada al nivel del maleolo externo de la tibia.

Al primer exámen percibimos una sensacion clara de fluctuacion, al nivel de la parte anterior de la tibia, pe-

ro despues de haber deprimido el edema tocamos el hueso en toda su longitud sin interposicion de capa alguna de líquido. Un momento despues volvia á ser evidente la fluctuacion.

De este exámen concluimos que la existencia de una capa de líquido situada profundamente era mas que probable; pero nuestra certidumbre no era la suficiente para motivar una intervencion quirúrgica inmediata.

Hicimos repetir el enema purgante y agregamos una pocion con sulfato de quinina y digital para que tomara una cucharada cada dos horas, conviniendo al mismo tiempo que al dia siguiente se cloroformaria el niño y se le haria una incision hasta el hueso.

Marcharon con tanta rapidez los accidentes que no dieron tiempo para la ejecucion de nuestro proyecto: esa misma tarde volvimos á ver el enfermo y lo encontramos sumerjido en un profundo coma, las estremidades bastante rígidas y el pulso de la radial ya no existia.

De la pocion que le prescribimos no habia tomado sino una cucharada y en el resto del dia no habia podido tragar nada.

Resolvimos hacer inmediatamente una incision profunda al nivel del tercio superir de la tibia para acercarnos al punto contundido y hácia el lado esterno, porque como la pierna estaba acostada sobre ese lado, suponiamos que el líquido siguiendo las leyes de gravedad estaria en el punto mas declive. La incision fué hecha hasta el hueso y en una estension de cinco centímetros, la cual dió salida á una pequeña cantidad de sangre negra y una cantidad mas considerable de un líquido sanioso fétido y de un color rosado; introdujimos el dedo en el fondo de la herida y sentimos el hueso desprovisto de periostio en una estension muy considerable.

El niño, durante la operacion, manifestó una sencibilidad muy obtusa, de modo que no hubo necesidad de cloroformo; y como no habia salido del estupor en que lo encontramos le prescribimos los revulsivos y una pocion exitante.

El dia 22 á las 9 de la mañana murió sin haber podido tomar ningun medicamento interno y no haber manifestado sensibilidad á la aplicacion de los revulsivos.

Manifestamos á la familia el deseo que teniamos de hacer un ligero exámen de la pierna, lo que nos fué concedido: y en ese mismo dia á las dos de la tarde, prolongamos la incision anterior, hácia arriba hasta la epíficis superior y del mismo modo hacia abajo; por la incision salió una gran cantidad del líquido sanioso fétido y rosado que el dia anterior habiamos extraido; vimos la diáfisis en toda su extension desprovista de periostio: hicimos un corte transversal en la parte media para seguir el desprendimiento del periostio y vimos que la tibia estaba desprovista de él, y que únicamente se adheria en la linea que sirve de insercion al ligamento interoseo. El tejido compacto de la diafisis tenia un tinte marmoreo y en ciertos puntos se encontraban placas rosadas.

No examinamos mas porque no permitia la familia, sin embargo este pequeño exámen nos probaba que la inflamacion no se habia limitado al periostio sino que al mismo tiempo habia afectado la médula y el tejido óseo propiamente dicho.

¿Como esplicarnos este cortejo de síntomas?

Nosotros creimos que eran debidos á la absorcion de los productos de la inflamacíon del periostio y principalmente á ese líquido fétido sanioso. La desaparicion

de la fluctuacion nos la esplicábamos del modo siguiente: el periostio desprendido en una estension tan considerable como lo estaba, dejaba libre paso al líquido que en pequeña cantidad cxistia.

La marcha de la enfermedad fué bastante rápida, nos llamó mucho la atencion y nuestra creencia es que, aunque hubiéramos hecho la incision el dia anterior no hubiéramos retardado la funesta terminacion.

OBSERVACION 2ª.

Una niña de tres años de edad, de constitucion fuerte, bien musculada, que no habia padecido ninguna enfermedad grave hasta el presente, hija de padres sanos y de nacionalidad argentina.

El 20 de Junio de 1873, llevó un golpe á consecuencia de una caida, en el brazo derecho á la altura del cuarto inferior del húmero, habiendo quedado una pequeña equimósis, y como no acusase mucho dolor este incidente pasó desapercibido á sus padres.

El dia 24 la niña acusó un dolor muy fuerte en el punto contundido y no permitia se le tocase el brazo, tenia además una fuerte cefalalgia, se quejaba de dolores en los miembros y en las articulaciones, cuando se le tocaba el punto contundido daba horribles gritos, habia tenido un ligero escalofrio, la cara estaba encendida, el pulso acelerado, la temperatura aumentada; el apetito habia desaparecido, la sed era intensa y habia constipacion.

En el punto dolorido habia un poco de tumefaccion y la articulacion del codo derecho mas voluminosa que la del lado opuesto y la niña no se atrevia á mover el brazo.

Despues de examinado el punto, en el cual sentí

una fluctuacion profunda pero poco manifiesta, le prescribí un purgante y cataplasmas emolientes sobre la parte enferma.

El dia 25 el estado de la enferma no habia cambiado, la noche la habia pasado agitada y con un poco de delirio, la tumefaccion habia aumentado, habia además edema, la fluctuacion era mas manifiesta; le prescribí una pocion con sulfato de quinina y que siguieran con las mismas cataplasmas prescriptas el dia anterior.

El dia 26 el estado general con muy poca diferencia era el mismo de los dias anteriores, la fluctuacion era muy manifiesta; hice entonces una incision profunda, la cual dió salida á una considerable cantidad de pus, en seguida introduje un estilete en la herida y constaté que el hueso estaba desprovisto de periostio en una estension como de un centímetro, habiéndose hecho la incision en el cuarto inferior del húmero y lado externo; prescribí á la enferma un poco de alimento con un vino generoso, y que continuase con la pocion de quínina una cucharada cada dos horas, y los tópicos emolientes sobre la herida.

El dia 27 cuando volví á ver la enferma eran las doce del dia, la noche anterior la habia pasado mas tranquila y habia dormido cuatro horas consecutivas, el pulso y la temperatura habian descendido, la cara mas animada, y no era tan dolorosa la parte enferma, la supuracion era bastante considerable; se siguió por el espacio de dos dias con el tratamiento (ut supra) la enferma siguió ganando terreno hácia la curacion, la supuracion continuó siendo regular por el espacio de quince dias, y el 13 de Julio espulsó por la herida una esquirla de medio centímetro de ancho por uno de largo; desde ese dia la supuracion disminuyó y la cura-

cion radical se efectuó en el espacio de treinta dias despues de la espulsion de la esquirla, quedando el brazo privado de sus movimientos por el espacio de un mes. Al presente la enferma goza de buena salud.

OBSERVACION 3ª.

Una niña de doce años de edad, de color rosado, cabellos castaños, sistema muscular bien desarrollado, que no presenta ninguna cicatriz en su cuello, pero sí una en la parte superior y externa del femur á la altura del trocanter mayor y otra en la parte anterior y superior de la tibia derecha, ni en su presente ni en su pasado hay indicios de afeccion tuberculosa ni sifilítica.

La familia nos ha referido que á la edad de tres años y medio, sin causa aparente y despues de un golpe del cual no conservan un recuerdo muy preciso, sintió un fuerte dolor en la rodilla derecha y en la parte superior del muslo izquierdo; estuvo segun nos refieren muy mala en esa época, con mucha fiebre y al cabo de algunas semanas, el cirujano le abrió dos abcesos, uno en la parte anterior y superior de la tíbia derecha y el otro en la parte externa y superior del muslo izquierdo. Dichos abcesos estuvieron supurando por espacio de dos ó tres meses, despues de lo cual se efectuó la curacion sin haber habido espulsion de esquirlas ni secuestros por las heridas: habiendo quedado por mucho tiempo la enferma bastante débil, despues de lo cual la enferma se restableció completamente y no ha vuelto á padecer ninguna otra enfermedad hasta la presente.

El dia 20 de Agosto de 1873 se quejó de dolores contusivos en los miembros y articulaciones, sintiendo al mismo tiempo un poco de cefalalgia; la madre le sumi-

nistró un purgante suave, el cual no hizo efecto; el 21 se le suministró una limonada habiendo hecho efecto purgante; la enferma se alivió un poco, pero en los dias 22 y 23 en vez de seguir la mejoria la enferma habia retrocedido, la cefalalgia que habia sufrido una pequeña remision habia vuelto á aparecer con mayor intensidad: apareciendo en el dorso de la mano derecha y á la altura de la articulacion del tercer metacarpiano un punto tumefacto muy doloroso; al mismo tiempo principió á sentir un dolor bastante intenso en la parte anterior é inferior de la tibia; se le aplicaron tópicos emolientes á los puntos dolorosos.

El dia 24, que fué la primera vez que la ví, habia tenido epixtasis, y la encontré en el estado siguiente:

En la posicion decúbito dorsal, los ojos cerrados, la cara pálida, los pómulos enrojecidos, los lábios y la lengua secos y esta última cubierta con una capa saburral, la nariz muy seca y esa mañana habia tenido epixtasis, no tenia apetito, la sed era intensa y tenia constipacion.

El brazo derecho sobre una almohada y muy doloroso á la presion mas insignificante, el mas mínimo movimiento le arrancaba gritos agudos, la tumefaccion del dorso de la mano habia aumentado y la habia invadido por completo y en el punto que se habia iniciado se sentia una fluctuacion bastante manifiesta. En la pierna izquierda, parte inferior y anterior de la tíbia existia un pequeño punto rosado pero intensamente doloroso tanto á la presion como al menor movimiento, acompañado de un poco de tumefaccion.

El pulso estaba muy desarrollado, 130 pulsaciones por minuto, los ruidos del corazon eran precipitados, pero la alteracion solo existia en el ritmo pero no habia ningun indicio de alteracion orgánica; en los pulmones se

sentian rales sibilantes y la respiracion estaba exajerada y se contaban de 32 á 34 por minuto; colocado el termómetro en el axila del lado sano marcó 39.° 2[5; el vientre estaba un poco timpanizado, pero no existia gorgoteo en la fosa iliaca; la noche anterior habia tenido delirio aunque no agitado; el miembro inferior estaba acostado sobre el lado externo, pero no en flexion.

Como hacia dos dias que no se movia el vientre le prescribí un purgante y tópicos emolientes á los puntos dolorosos y tumefactos.

Se resolvió llamar al Dr. Molina y el dia 26 vimos la enferma y constatamos los mismos fenómenos que el dia anterior, habia un aumento en la tumefaccion, el pulso era de 130, la respiracion 34 y la temperatura 39 y 4[5; se abrió el abceso de la mano derecha y dió salida á una considerable cantidad de pus, mas de la que á primera vista parecia existir, despues se introdujo un estilete por la herida y encontramos el hueso desprovisto de periostio, se puso un lechino y se continuó con los tópicos emolientes.

El punto doloroso de la pierna estaba mas rubicundo, la tumefaccion habia aumentado, y al mismo tiempo existia un poco de edema: se le aplicaron ocho sanguijuelas que extrajeron bastante sangre: como tratamiento interno se le prescribió una pocion con sulfato de quinina y digital para que tomara una cucharada cada dos horas.

Por la tarde volvimos á ver la enferma y los fenómenos febriles eran bastante intensos, la temperatura 40°, y el pulso 130; respiracion de 32 á 34; el dolor de la mano y brazo derecho habia disminuido un poco; no habia sucedido lo mismo con la pierna, por el contrario la tumefaccion iba ganando terreno en todo sentido.

El vientre no se habia movido ese dia, la sed era muy intensa, hubo epístasis que tanto estas como las primeras producian un hormigueo que obligaban á la enferma á pellizcarse la nariz.

El dia 27 los síntomas eran con muy poca diferencia los mismos que el dia anterior, por la noche habia tenido delirio agitado, la temperatura de la mañana que era 39° habia aumentado y era de 40° por la noche; el pulso muy frecuente, la piel estaba muy cálida, la sed era ardiente, se movió el vientre y no hubo epístaxis, la tumefaccion de la pierna aumentaba, la de la mano disminuia.

El 28, la temperatura de la enferma la misma que la víspera, el pulso 130, la lengua y dientes poniéndose fuliginosos, la tumefaccion de la pierna habia aumentado y se habia hecho el asiento de una rubicundez considerable, existia pastosidad; la tumefaccion llegaba hasta los 2[3 superiores de la tíbia, y por la parte inferior hasta el pié que tambien estaba edematoso y en el punto en que apareció la primera placa rubicunda se sentia una fluctuacion profunda pero no muy manifiesta.

Los dias 29 y 30 no se notó ninguna mejoria habiendo aumentado la tumefaccion de la pierna, siendo mas manifiesta la fluctuacion, que se sentia, en dos puntos, uno en la parte anterior é inferior de la tíbia y el otro á la altura del tercio médio; la enferma estaba muy impresionable, y el enflaquecimiento era muy considerable; siguióse con el tratamiento (ut supra) hasta ese dia; el dia 31 se hicieron dos incisiones profundas hasta el hueso, en los puntos en que se sentia la fluctuacion, las que dieron salida á una asombrosa cantidad de supuracion que contenia detritus del tejido celular; introdujimos un estilete en las heridas y constatamos el hueso desprovisto de periostio en una gran estension; cambiamos el tra-

tamiento antifebril por uno tónico y le hicimos en los focos inyecciones antipútridas; esa noche la pasó bastante agitada, pero al dia siguiente habia una remision bastante notable, el pulso tenia 120, la temperatura 39° y la respiracion 30.

Por espacio de quince dias, despues de pequeñas alternativas, hubo una remision completa y nosotros esperábamos que la curacion se iria consolidando, aunque todavia las heridas daban bastante supuracion y la tíbia estaba inflamada y muy sensible á la menor presion; en todo este espacio de tiempo se siguió con los tónicos y y las inyecciones anteriores.

El dia diez y seis por la noche sintió cefalalgia y la pasó bastante agitada, á la mañana siguiente notamos en la articulacion tibio-tarsiana del lado derecho una pequeña tumefaccion pero no muy dolorosa y la rodilla del mismo lado estaba tambien un poco tumefacta, lo mismo que la parte inferior del muslo que estaba bastante sensible, se notó igualmente en el sacro una pequeña escoriacion que mas tarde se convirtió en una escara considerable apesar de haberle opuesto todos los medios que en estos casos se emplean.

Se volvieron á notar los mismos síntomas que al principio de la enfermedad aparecieron, y con la misma intensidad; habiéndose prescripto el tratamiento anterior, pero acompañado del Quinium de Labarraque; habiéndose hecho bastante sensible la fluctuacion, el dia 22 se hicieron dos incisiones profundas en el tercio inferior del muslo, una al lado externo y otra al lado interno, las que dieron salida á una cantidad considerable de pus que contenia detritus de tejido celular y pequeños corpúsculos óseos; el fémur estaba desprovisto de periostio en una gran estension; hicimos inyecciones con quina y ácido fénico;

agregamos un tubo de drainage para facilitar tanto el derrame de pus, como la introduccion de las inyecciones, pues la enferma estaba tan escitable que el menor contacto ó movimiento le hacia prorrumpir en horribles gritos y al hacerle las curaciones no solamente la enferma padecia sino que nosotros tambien participábamos de su sufrimiento.

Algunos dias despues se notó un aumento de volúmen del glúteo izquierdo y se puso bastante doloroso: el dia 26 en la visita de la mañana encontramos la enferma como en un baño de pus, y la tumefaccion del glúteo notablemente disminuida, la escara del sacro que habia ido en aumento dió salida á la supuracion que se formó en el glúteo y esa era la causa de la disminucion en su volúmen.

Al dia siguiente hubo una pequeña remision, pero la enferma no permitia se le tomara la temperatura, porque estaba bajo la influencia de una hiperestesia generalizada; cuando se acercaban á su lado prorrumpia en agudos gritos y las curaciones aunque se le hacian con el mayor cuidado y prolijidad le dejaban tan escitable que cuando lograba dormir un poco se despertaba dando gritos y quejándose de dolores en todo el cuerpo.

En presencia de esta terrible enfermedad manifestamos á la familia la conveniencia que habia en agregar á la consulta otros facultativos; efectivamente se agregó á ella el Dr. Catan, habiendo encontrado la enferma en el estado siguiente: en decúbito dorsal, con los lábios y la lengua secos y los dientes cubiertos de fuliginosidades, el enflaquecimiento era muy considerable, el pulso muy frecuente; las heridas todas tenian los lábios violáceos y daban una crecida cantidad de supuracion, la escara del sacro muy extensa; no tenia apetito y la sed era intensa, los

ruidos del corazon precipitados aunque no anormales, existian rales sibilantes en los pulmones, el vientre estaba timpanizado, tenia ademas un dolor epigastrálgico bastante incómodo; la herida de la mano derecha no habia cicatrizado, seguia supurando aunque en pequeña cantidad; y la mano habia tomado la forma que Mr. Gosselin llama *mano de garra*; forma que habia contraido apesar de haberle puesto una manopla acompañada de un vendaje que todos los dias se renovaba dos veces.

Desde el dia 24 se le volvió á suministrar los tónicos y una alimentacion regular, apesar de la persistencia de los fenómenos febriles.

Tal era el estado que presentaba la enferma cuando el Dr. Gonzalez Catan la vió, que fué el dia 28; resultando de la consulta que, todo cuanto se habia hecho, era cuanto podia hacerse y lo que la ciencia aconsejaba en idénticos casos; agregando que su larga práctica le habia enseñado que estos casos eran casi siempre de una terminacion funesta.

Despues de la consulta se retiraron los médicos y quedé yo para seguir haciendo las curaciones pero sin ninguna esperanza de salvacion para la desdichada niña; la pequeña remision qne se habia notado continuó y el 3 de octubre, principió á tomar baños de cocimiento de plantas aromáticas, como indica Mr. Roux para el tratamiento del flemon difuso profundo; por todo el mes de Octubre y parte del de Noviembre la enferma estuvo regularmente, tanto como le permitia la multiplicidad de lesiones de que adolecia; todo este espacio de tiempo transcurrido desde el 28 de Setiembre hasta el 4 de Noviembre se siguió con los tónicos una alimentacion regular agregando únicamente los baños que se le daban cada dia por medio. Pero desde este dia se principió á notar que

el muslo izquierdo aumentaba de volúmen, el apetito que era bastante regular disminuyó, la sed volvió á ser ardiente, tuvo epistaxis y para el dia 12 del mismo mes ya existia todo el cortejo de síntomas anteriores y con la misma intensidad. Apesar de las aplicaciones de tintura de iodo que se le hicieron como indica Mr. Billrot y del tratamiento altamente tónico que se suministraba y la suspension de los baños, la enfermedad siguió su marcha progresiva; pero haciéndose la fluctuacion muy manifiesta se le hicieron dos incisiones que dieron una cantidad de supuracion que no se esperaba encontrar allí; examinado el fémur se encontró desprovisto de periostio casi en su totalidad.

El dia 15 se dió salida al pus que tenia un aspecto negruzco y era sumamente fétido, y el dia 16 la enferma presentaba todo el conjunto de síntomas que corresponden á la septicemia; habiendo dejado de existir el dia 18 á las seis de la mañana.

De estos hechos, y otros muchos que podria enumerar debidos á las observaciones de los autores se vé claramente que la periostitis aguda de causa externa puede producir accidentes tifoideos. Estos hechos son positivos, constantes, en los cuales el encadenamiento de los fenómenos es evidente.

¿Puede de esto concluirse que la causa local en todos los casos de periostitis ha existido? No, evidentemente: pero al menos se puede afirmar que el vicio interno de Mr. Gosselin y la discrasia de Roser no son siempre necesarias.

Por otra parte la discracia no es, sino una palabra destinada á ocultar nuestra ignorancia, y si es necesario adoptar una hipótesis, nos parece mejor elejir la violencia esterna, que es innegable en numerosos casos; antes que la discrasia que aun no está demostrada.

Ademas Gosselin y Roser dan muy poca importancia á su causa interna y lo que tratan dc determinar para esplicar la continuacion de los fenómenos, es la localizacion ó las localizaciones de la periostitis cuando son varias.

Mr. Gosselin dice que la infeccion es producída porque el pus proviene de un organismo agotado por una fiebre grave, y que este mismo organismo no tiene la suficiente resistencia para luchar contra el envenenamiento miasmático purulento.

Por este pasage, se vé que hay una diferencia entre la opinion de Roser, que dice, el proceso puede aparecer sin causa apreciable, pero que, muchas veces remontando á un tiempo no muy lejano del principio de la aparicion de la enfermedad se encuentra una causa local, y la opinion de Mr. Gosselin que admite una causa general en la cual no puede establecerse de una manera evidente, el límite que separa á esta de la influencia que tiene el envenenamiento miasmático purulento en la terminacion aunque á este último le haga desempeñar el rol principal.

Otros autores dicen que, la fiebre es causada por la absorcion de los líquidos sépticos producidos por la inflamacion del periostio y esta es la opinion que acepto.

¿Que sucederá con la causa general discrásica?

Los hechos observados no la demuestran y apesar de la autoridad de los nombres que la admiten no es aceptable fundándome en los datos que arroja la estadística y ademas por ser una hipótesis que nada esplica.

De los casos observados, en los cuales se ha tenido especial cuidado en la investigacion de las causas, 22 son el resultado de una violencia esterior, 12 de la accion

del frio en los cuales ha obrado localmente, 3 de fatigas prolongadas, otros 3 de fatigas unidas al frio, y únicamente en 4 no se ha encontrado una causa apreciable.

Las causas locales tienen una influencia mas accesible y en prueba de ello citaré las observaciones 1 y 2; habiendo muchas otras que por su larga enumeracion no citaré.

En otro órden de hechos, son los ligamentos y músculos que se insertan en el periostio, quienes sufriendo tracciones forzadas pueden dar lugar á la inflamacion del mismo, como lo prueban varias observaciones entre las cuales se cuentan las de de Fournier y Chipault.

Entre los numerosos casos observados son muy pocos los que no se les ha encontrado una causa local; de modo que puede decirse, sino siempre, al menos que en la mayoria de estos, la periostitis reconoce por causa una violencia esterior ó bien tracciones musculares y movimientos forzados de los ligamentos que se insertan en el periostio.

Avanzando un poco podia tambien establecerse que en los casos que la causa local pasa desapercibida, talvez sea debida á un movimiento muscular exagerado tanto en su repeticion como en estension.

Esta idea no pasa de ser una hipótesis pero que tiene algun fundamento; pues Roser pregunta porque los reclutas que están en una edad aparente para el desarrollo de esta enfermedad no la padecen con mas frecuencia. Pero Mr. Larrey responde á esta pregunta, diciendo que los reclutas á consecuencia de los movimientos forzados que hacen en los ejercicios de fusil y de gimnasia padecen abcesos subperiosticos; pero que una incision ancha, profunda y pronta dá excelentes resultados.

Por lo que precede puede establecerse que los movimientos musculares forzados pueden dar lugar á la periostitis aguda flemonosa.

La reaccion de la causa local no es inmediatamente sensible y la periostitis puede aparecer despues de un tiempo variable.

Es necesario distinguir el dolor que resulta de la aplicacion de la causa local; y el dolor resultado de la inflamacion del periostio.

En la observacion primera, por ejemplo, el niño se levantó despues de la caida y continuó saltando, duerme toda la noche y por la mañana al querer levantarse es cuando siente el dolor: en las observaciones siguientes y lo mismo en las que refieren los autores, siempre ha trascurrido un espacio de tiempo entre la accion de la causa local y la manifestacion de sus efectos. En la observacion 1.ª son 12 horas; 10 á 12 dias en la 3.ª; 15 dias en un caso observado por Mr. Giraldes, y en otros autores existen observaciones de 4 dias; de modo que examínando los hechos observados podia establecerse una série completa de hechos que variando entre algunas horas y 15 dias, se encontrarian las mismas razones para establecer una relacion entre la causa y el efecto.

Esta larga duracion hasta cierto punto latente, permite creer que, en aquellos casos que la causa no se ha encontrado podia haber pasado desapercibida y entonces se ha dicho que dependia de una causa general.

Los hechos observados establecen que, la niñez y la adolescencia están mas predispuestas á esta enfermedad y esto se esplica por la riqueza de vasos sanguíneos que tiene el periostio en esta edad: los varones mas que las niñas por la diferencia que hay en sus juegos.

Pueden citarse como causas adyuvantes al desarro-

llo de la enfermedad, la mala alimentacion y la mala hijiéne, y en los niños débiles y línfáticos se sabe tambien con cuanta facilidad sobrevienen las reacciones morbíficas.

SÍNTOMAS

Los síntomas de la periostitis flemonosa puedan dividirse en dos órdenes de fenómenos, unos locales y otros generales.

El dolor es uno de los fenómenos mas resaltante entre los síntomas locales; el cual puede aparecer de pronto como sucede algunas veces, y en otras, va precidido durante un tiempo mas ó ménos largo, de una sensacion que se asemeja mucho á la que resultaria de una compresion.

Este dolor es espontáneo, continuo, acrecentándose por la noche, aumenta tambien al menor contacto que tenga el punto donde ha aparecido y lo mismo sucede cuando se imprime al miembro algun movimiento por ligero que sea este; con frecuencia sucede que este dolor se hace intolerable.

A los dos ó tres dias, algunas veces antes, aparece un poco de tumefaccion la cual es bastante manifiesta cuando el hueso afectado es superficial. como la tibia, el calcáneo etc. pero cuando la enfermedad tiene su asiento en un hueso situado profundamente, como el fémur, entonces es mas dificil el constatarla. A dicha tumefaccion que aparece en el *punto* afectado, con frecuencia se agrega un edema difuso que, algunos autores consideran como un síntoma constante.

La piel respecto á su calor sufre una modificacion: toma un color terroso, ó mas bien se asemeja al de la cera, muchas veces existen sobre la piel placas eritematosas, y si el hueso afectado es superficial el tegumento esta enrojecido y colocando la mano sobre la parte enferma se determina un dolor muy fuerte; además el calor local está aumentado y hay un poco de edema.

Al principio se siente una masa dura y resistente que parece continuarse con el hueso; pasados varios dias esta masa se reblandece y en el punto que existia se siente una vaga fluctuacion.

A medida que la coleccion purulenta aumenta se hace mas manifiesta la fluctuacion; y luego que ha destruido el periostio y el pus se ha insinuado en los tejidos circunvecinos, la incision se hace inminente, y la cantidad de pus que se derrama supera las previsiones del cirujano. Este pus es fétido, con detritus de tejidos celular cuando la peristitis es simplemente flemonosa; pero cuando se ha complicado con una medulitis que es lo mas frecuente, entonces contiene gotitas oleosas y corpúsculos oséos.

Despues de abierto el foco y evacuado el pus si se introduce en la herida ya sea el dedo ya un estilete, se percibe el téjido óseo desprovisto de su periostio en una estension bastante considerable.

Con frecuencia sucede, que, despues de la incision y evacuacion del pus se nota una remision bastante considerable, tanto en los fenómenos locales como generales: y algunos autores creen que la persistencia de estos, es porque, á la inflamacion del periostio se ha unido la del tejido oséo en una estension considerable; no hay inconveniente en aceptar esta creencia, teniendo en cuenta la íntima relacion que existe entre ambos.

Puede suceder que la inflamacion se estienda hasta los cartílagos inter epifisarios y dé lugar á desprendimientos mas ó menos completos; manifestándose por los síntomas que caracterizan á las fracturas. Las articulaciones pueden ser invadidas y esta invasion por cualquier mecanismo que se efectúe presenta el singular fenómeno de no producir un dolor muy fuerte á la presion, tambien se producen fracturas diafisarias cuando la periostitis se ha complicado con una intensa medulitis.

Los gánglios linfáticos no manifiestan alteracion alguna apreciable: no sucediendo lo mismo con el sistema venoso, pues la existencia del edema nos indica una perturbacion.

El miembro pierde completamente sus funciones, está en una ligera flexion y en completa inmovilidad el enfermo no quiere permitir se le imprima ningun movimiento y aun él mismo no puede ejecutarlos por temor á los grandes dolores que le ocasionan; y se defiende con gritos cuando alguno se acerca á él.

Los fenómenos generales son menos intensos en los adultos que en los adolescentes y niños, esplicándose esta diferencia por la riqueza de vasos sanguineos que tiene el periostio en esta edad y del rol que desempeña: estos fenómenos se presentan bajo dos aspectos principales, es decir, francamente inflamatorios y tíficos; estas dos formas no son las únicas que puede presentar la enfermedad, puesto que, existen casos observados que establecen una transicion entre las dos formas indicadas; sucede algunas veces, que el estado tífico complica á una periostitis que habia principiado con síntomas inflamatorios; siendo siempre la forma inflamatoria mas

benigna, aunque el principio de la enfermedad reconozca una misma causa.

Un ejemplo de forma inflamatoria es el siguiente; á consecuencia de un golpe, de una caida, de una violencia cualquiera y muchas veces sin causa aparente; un niño se queja de un dolor sobre el trayecto de un hueso, este dolor se hace muy intenso y no se le puede tocar el punto enfermo sin que dé horribles gritos; al mismo tiempo ó poco despues le sobreviene cefalalgia, algunas veces un pequeño escalofrio, la cara se pone encendida, se eleva el pulso, el niño está postrado quejándose de dolores en los miembros y articulaciones, el apetito desaparece y la sed se hace intensa, al mismo tiempo hay constipacion.

Este estado puede aumentar y entonces el niño no duerme, algunas veces tiene un ligero delirio y agitacion, pronunciándose al mismo tiempo el estado local; aparece el dolor intenso, y la tumefaccion, el niño no se atreve á mover el miembro afectado.

Despues de 4 ó 6 dias se manifiesta la fluctuacion y luego que se ha abierto el foco y dado salida al pus se encuentra el hueso desprovisto de periostio en una estension mas ó menos considerable y con frecuencia la mejoria es inmediata como sucedió con la observacion núm. 2.

Los fenómenos generales disminuyen de intensidad, y el estado local se subordina á la existencia de la nécrosis y si esta es mas ó menos considerable, recorriendo sucesivamente las diferentes faces que están comprendidas, en el estudio general de las de nécrosis.

La forma tífica es muy grave por la singularidad de sus síntomas, lo insiduoso de su marcha y la multiplicidad de lesiones que produce. El principio es local

y consiste en un dolor mas ó menos intenso que ya hemos estudiado en los fenómenos locales; despues de un tiempo variable, el enfermo es atacado de una reaccion inflamatoria de intensidad regular, esta forma algunas veces es transitoria y los fenómenos adquieren con mucha rapidez una agudeza considerable: otras veces se mantienen por un tiempo mas ó menos largo en un estado de mediana intensidad para terminar despues en el conjunto de síntomas tíficos, siendo la gradacion insensible y marchando con una rapidez variable.

Los fenómenos presentan una movilidad notable, pues, en algunos casos hay epistáxis, en otros no, la cara se pone estúpida, la mirada apagada, con frecuencia los ojos están cerrados, la lengua ya está roja, ya punteaguda y pequeña, frecuentemente está seca y cubierta de fuliginosidades, sucediendo otro tanto con los dientes y los labios.

El apetito desaparece y se hace intensa la sed, quejándose el enfermo de una viva epigastralgia, tiene unas veces nauseas y otras vómitos, se timpaniza el vientre, hay constipacion unas veces y otras hay diarrea: el bazo no permanece estraño á este movimiento y muchas veces se le encuentra aumentado de volúmen. El pulso es rápido, muchas veces dicroto, elevándose á 120 pulsaciones y mas por minuto; la temperatura muy elevada llegando con mucha frecuencia á mas de 40° grados; la respiracion acelerada é irregular dejando oir rales sibilantes diseminados en varios puntos de los pulmones; la piel seca, terrosa y caliente; las orinas escasas muy cargadas y algunas veces albuminosas.

El sistema nervioso muy excitado, la cefalalgia muy intensa, en algunos casos hay una hiperestesia generalizada que hemos constatado en la 3ª observacion. El

enfermo se queja de dolores en los miembros y en todo el cuerpo, á cada momento dá gritos penetrantes no solamente cuando alguien se acerca á su lecho, sino tambien sin causa aparente, y algunos autores los atribuyen á la violencia de la cefalalgia; el delirio es casi constante pero muy variado, unas veces es tranquilo y en otras es agitado y tan agitado que, algunas veces el enfermo sale de esa inmovilidad en que constantemente está, se levanta, pega á los que lo rodean y en estos movimientos sucede muchas veces que los huesos se fracturan, á consecuencia de las alteraciones que sufren.

La adinamia y el coma alternan con el delirio y concluyen por ser los fenómenos predominantes; el enflaquecimiento y la anemia sobrevienen con una asombrosa rapidez, sin que se las puedan esplicar por la frecuencia de las cámaras, la inapetencia y el insomnio, y es necesario para comprenderla admitir una perturbacion considerable de la nutricion, que la fácil produccion de escaras pronto nos la confirma.

Todos estos síntomas se asocian entre sí y en diversas relaciones formando multitud de variedades clínicas, cuya descripcion no es posible, siendo necesario recurrir á la lectura de las observaciones y al exámen de los enfermos para tener ideas exactas acerca de la multiplicidad de aspectos que puede presentar la enfermedad y que todas tienen un fondo comun.

MARCHA, DURACION Y TERMINACION

La periostitis no termina necesariamente por la supuracion; puesto que, existen hechos que lo demuestran aunque raros, sin embargo Billrot nos refiere uno y Klose otro, en los cuales la inflamacion del periostio terminó por resolucion, debido á un enérgico tratamiento antiflogístico: apesar de estos hechos la terminacion por resolucion es tan escepcional que no puede tenerse en cuenta.

La marcha de la enfermedad es muy variable; en los casos mas simples, la enfermedad principia por un dolor mas ó menos fuerte, despues de lo cual aparecen los fenómenos febriles, aumentando el dolor, y apareciendo en diversos puntos de la economia, la fiebre se hace tambien mas intensa.

Este estado dura algunos dias y tan luego como la fluctuacion se hace manifiesta si se abre el foco y se da salida á los productos morbosos, los fenómenos generales descienden, las heridas siguen supurando por un tiempo variable y despues de la espulsion de algunas esquirlas ó secuestros se cicatrizan y queda terminada la enfermedad; sucediendo esto, únicamente en los casos en que la inflamacion no ha sido muy estensa.

Hay algunos casos en que los fenómenos febriles disminuyen de intensidad despues de la evacuacion del pus y las heridas se cicatrizan sin eliminacion de parte alguna necrosada; pero esta terminacion se observa únicamente en los niños pequeños segun la opinion de Billrot; y los hechos observados por algunos autores confirman esta opinion, con la condiccion necesaria que el

hueso afectado sea superficial, porque en este caso la fluctuacion se percibe mas pronto y la intervencion quirúrgica es mas inmediata.

En otros casos, los fenómenos generales son tan intensos que ocultan á los locales llamando la atencion solamente hacia ellos y produciendo innumerables equivocaciones.

Sucede otras veces que los accidentes generales aparecen en diversas épocas y con variable intensidad, en cierto número de ellos la marcha es sobreaguda, como sucedió con el enfermo á que se refiere la primera observacion, el cual murió á los cuatro dias; Mr. Giraldes, trae algunas observaciones, entre las cuales ha notado que la duracion ha sido de quince dias, y en nuestra observacion tercera la enfermedad duro tres meses, teniendo en cuenta la duracion de la misma en las observaciones que los autores refieren se puede calcular a proximadamente como término medio para la duracion de la enfermedad un mes á mes y medio.

Tambien se han observado casos en que la enfermedad ha seguido su curso sin discontinuidad quince, veinte y treintra dias siendo la terminacion funesta: hay casos observados, en los cuales ha aparecido la enfermedad con todo el cortejo de sintomas tíficos, que despues de la abertura del foco y de la evacuacion de los productos morbosos ha habido una remision de corta duracion, despues de la cual han aparecido de nuevo los mismos accidentes anteriores y acompañados de otras complicaciones á las cuales no ha podido resistir el enfermo.

En los casos mas felices, la remision se mantiene y la curacion se efectúa despues de pequeñas alternativas; sin embargo no debe creerse que el mal se ha conjurado despues de abierto el foco y que los fenómenos generales

han desaparecido en parte ó disminuido de intensidad; porque si la periostitis se ha complicado con una meduli-tis necesariamente habrá una nécrosis, y la eliminacion del secuestro por pequeño que sea, nunca está exento de peligros, siempre hay que temer una larga supuracion y sus consecuencias.

Puede tambien suceder, que las heridas se cicatrizen y que quede el secuestro invaginado, que desempeñando el rol de una verdadera espina, determine dolores agudí-simos y muchas veces mortales por su intensidad: puede suceder tambien que la inflamacion se propague hasta las articulaciones, se formen en ellas colecciones purulentas cuya gravedad no necesita demostracion.

Otras veces la inflamacion ataca á los cartílagos epi-fisarios, los cuales supuran y con los movimientos y con-tracciones musculares algo enérgicas dan lugar á des-prendimientos; ademas, las colecciones múltiples de pus que se producen en diferentes puntos del organismo, tienen una notable influencia sobre la marcha y termina-cion de esta enfermedad que siempre que sea estensa es grave.

Tambien se requieren algunas veces amputaciones que siempre son temibles por no poderse determinar hasta que punto ha llegado la infiamacion, no pudiendo contarse con ellas para la curacion radical.

DIAGNÓSTICO

La periostitis flemonosa en su principio puede confundirse con dos afecciones graves, que son la fiebre tifoidea y el reumatismo articular agudo y Mr. Giraldes agrega que tambien puede serle con el principio de las fiebres eruptivas.

Se necesita mucha atencion para evitar esta confusion; con un ejemplo se aclarará la cuestion: le presentan al médico, un niño enfermo de varios dias, el aspecto es tifoideo, la lengua está roja, punteaguda, ó bien seca y los mismo los lábios, los dientes cubiertos de fuliginosidades, murmura palabras ininteligibles, tiene delirio y el pulso está muy elevado; examinándolo superficialmente puede creerse que la enfermedad es una fiebre tifoidea ó bien el principio de una fiebre eruptiva; el error es posible y grandes médicos lo han cometido como refiere Mr. Giraldes; pero buscando los antecedentes se encuentra siempre un dolor como punto de partida y este dolor existe siempre sobre el trayecto de un hueso; encontrado este punto, ya se tiene datos suficientes para diagnosticar la periostitis; pues la fiebre tifoidea principia siempre con perturbaciones generales y los fenómenos locales que suceden son consecutivos á las desorganizaciones orgánicas y de ninguna manera primitivos como en la periostitis.

Se distinguirá del reumatismo articular agudo, porque en esta enfermedad los puntos dolorosos son las articulaciones, y las diafisis están indolentes ó muy poco dolorosas.

Otras veces se vé á un niño con una fiebre intensa in-

móvil en su lecho quejándose continuamente de sus dolores, que dá horribles gritos cuando alguien se acerca á examinarlo, y en este caso puede sospecharse la existencia de una neuralgia; pero despues de cloraformizado toda duda desaparece, puesto que, puede hacerse un exámen atento despues de lo cual se siente á la palpacion una vaga fluctuacion aunque profunda acompañada de una tumefaccion considerable y pastosidad : fenómenos que no pertenecen ni al reumatismo ni á las neuralgias, pero sí, muy propias de la enfermedad que nos ocnpa; la hiperestecia es uno de sus sintomas aunque de una época ya avanzada de la enfermedad.

En otros casos, la distincion se hará por médio de un exámen minucioso del principio y marcha de la enfermedad, haciendo un estúdio profundo del enfermo, del punto doloroso y del carácter de los dolores; de cuyo exámen han de resultar siempre los siguientes hechos: localizacion del dolor desde su principio sobre un punto situado en la diafisis de un hueso, indolencia de las articulaciones correspondientes, pastosidad y tumefaccion etc., fenómenos que están en dísidencia con el reumatismo, pero que pertenecen á la periostitis flemonosa.

Se distinguirá de la flebitis porque en esta, las venas están inflamadas, formando cordones duros y muy dolorosos á la presion.

De la angeleucites porque en esta se encuentran los vasos linfáticos inflamados de un color rojo é infartados los gánglios correspondientes á dichos vasos.

Entre el flemon difuso profundo y la periostitis flemonosa no es posible la distincion en su principio; ademas es de una importancia secundaria puesto que el tratamiento es el mismo, Roux aconseja que tan pronto

como se sienta fluctuacion se haga una incision profunda y se lave el foco por medio de inyecciones medicamentosas; despues de lo cual, la introduccion del dedo ó bien de un estilete en la herida nos mostrará el hueso desprovisto ó no de su periostio correspondiente.

PRONÓSTICO

El pronóstico de la periortitis flemonosa debe basarse en un conocimiento exacto de los fenómenos generales y locales.

Por fuerte que sea la fiebre no siempre indica un pronóstico funesto, puede indicarnos lesiones intensas, como una complicacion con una medulitis y como consecuencia de esta una nécrosis algo considerable, pero no un peligro inminente.

Por el contrario, los fenómenos adinámicos y tíficos tienen mas probabilidades de una terminacion funesta, porque la muerte puede sobrevenir por solo las perturbaciones generales que ponen al enfermo en un estado de debilidad tal, que si escapa á los primeros peligros, se hace tan difícil y disigual la lucha que rara vez puede resistir á los efectos de la supuracion, y á los de la eliminacion de los secuestros.

Se ha observado que son mas frecuentes los fenómenos típicos, en aquellos casos, en que á la inflamacion del periostio se ha agregado la del tejido medular y óseo.

Tambien hay que tener en cuenta para el pronóstico,

la modificacion que esperimentan los fenómenos generales, despues de la abertura del foco inflamatorio; una remision notable sucede á la evacuacion del pus que puede esplicarse no solamente por la eliminacion del producto morboso, sino tambien por la emision sanguínea á que ha dado lugar la incision.

Esta remision si es persistente es un signo pronóstico favorable; pero si esta remision es pasagera el pronóstico seguirá siendo grave, pues la vuelta de los fenómenos generales indican siempre una complicacion ó la aparicion de la periostitis en otro punto de la economia.

El pronóstico será tambien grave si las localizaciones son múltiples, y si están mas ó menos próximas á las articulaciones; del mismo modo cuando el hueso afectado está situado profundamente, como sucede con el fémur, en cuyo caso el diagnóstico no se hace con la prontitud requerida, á consecuencia de la gran cantidad de tejidos que le rodean; y el tratamiento que en esta enfermedad debe hacerse, requiere prontitud.

TRATAMIENTO

Las indicaciones que hay que llenar en la periostitis flemonosa, no exijen grandes desarrollos porque si bien, algunas veces son dificiles de observar en la práctica, por otra parte son de fácil comprension.

Se comprenden en dos grupos: unos que se refieren al estado local y otros al general. Las que corresponden al estado local, tienen dos objetos, á saber: detener

los progresos de la inflamacion y evacuar sus productos.

Los médios empleados para detener los progresos de la inflamacion: tales como los revulsivos, purgantes y eméticos, no llenan el fin que se propone el cirujano, por el contrario fatigan al enfermo y ponen su organismo en circunstancias mas aptas para que sobrevengan la reabsorcion purulenta: por consiguiente puede decirse que mas bien son dañosos y que su uso debe hacerse en condiciones dadas.

Cuando el diagnóstico es incierto es cuando puede recurrirse con razon á los tópicos locales, los cuales, aunque no son dañosos, tienen un defecto, y es que son poco activos y su influencia es muy limitada sobre esta enfermedad, haciendo por consiguiente perder un tiempo precioso.

Los mas usados en estos casos son: la pomada de hydrargirio, las cauterizaciones punteadas, y los vegigatorios. Un excelente antiflogístico, son las sanguijüelas, pero su accion se limita á mitigar un poco el dolor, y á detener aunque limitadamente el trabajo morboso; no obstante esto, es un médio insuficiente para llenar completamente la indicacion.

Lo que ha dado excelentes resultados es una incision ancha y profunda que llegue hasta el hueso, esto es, lo que hace Mr. Giraldes y varios otros autores á cuya práctica me adhiero: porque la incision produce una emision sanguínea, y desengurguita los tejidos, puede hasta cierto punto detener la inflamacion é impedir que el periostio se siga destruyendo: ademas sirve de via para la eliminacion de los productos morbosos y permite al mismo tiempo lavar el foco purulento con la frecuencia que los casos requieran. Como adyuvantes á este tratamiento, se debe rodear la parte enferma,

juntamente con la herida de cataplasmas emolientes y hacer en el foco frecuentes lavados con un líquido desinfectante.

Si el estado local no cede á este tratamiento y vuelven á sentirse los dolores, es señal que la inflamacion no se ha limitado al periostio sino que tambien ha invadido la médula, y en este caso ya no puede recurrirse al bisturí sino que es necesario hacer uso del trepano, el cual se aplicará en uno ó en varios puntos y algunas veces se hace necesaria la reseccion.

Si á causa de un diagnóstico incierto ó de una prudencia peligrosa, el cirujano espera que la coleccion esté completamente formada, la indicacion es la misma; se abre el foco en el punto mas declive y si es necesario se hacen contraberturas. Si sobrevienen complicaciones, como focos purulentos intermusculares, articulares ó desprendimientos de las epífisis, accidentes todos de mucha gravedad, deben tratarse por medio de incisiones, tubos de drainage é inmovilizacion: pero si el hueso afectado, lo está en pequeña estension es bueno esperar su eliminacion, empleando las inyeciones detersivas y los baños de plantas aromáticas; si la nécrosis ocupa una estension considerable es necesario recurrir á la reseccion, operacion comunmente fácil; pero si la nécrosis ha invadido toda la longitud de un hueso, por ejemplo, el fémur que se encuentre denudado hasta la articulacion superior, no hay otro recurso que la desarticulacion de la cadera, operacion muy grave, que cuando se ha practicado á consecuencia de los grandes traumatismos ha dado malos resultados, por el contrario, en los casos patológicos se encuentra éxisto.

La base esencial del tratamiento general es la administracion de los tónicos y alimentar bien al enfermo, y

estar siempre alerta contra los accidentes tíficos y la septicencia, en cuyo caso se empleará la tractura de acónito ó el sulfato de quinina que son los medicamentos mas recomendados en esta última enfermedad.

LUIS EIZAGUIRRE.

Esta Tésis está conforme con lo que prescribe el Reglamento de la Facultad.

MANUEL A. MONTES DE OCA.

V°. B°.

MANUEL ARAUZ.

PROPOSICIONES ACCESORIAS

ANATOMIA—¿Cual es la estructura de los huesos?

FISIOLOGIA—¿Cómo se opera la absorcion de las grasas, y que vasos las llevan al torrente circulatorio?

MATERIA MÉDICA—Del Hidrato de Cloral.

NOSOGRAFIA QUIRÚRGICA—Diagnóstico diferencial de los tumores del testículo.

CLÍNICA QUIRÚRGICA—¿En que casos la amputacion inmediata está indicada?

NOSOGRAFIA MÉDICA—¿Es posible diagnosticar la alteracion de cada uno de los cuatro orificios de los ventrículos del corazon?

CLÍNICA MÉDICA—¿En qué caso está indicada la toracocentesis?

OBSTETRICIA—Mecanismo del parto espontáneo.

MEDICINA LEGAL—¿Puede parir una muger sin tener conocimiento del parto?

HIGIENE—Del régimen alimenticio.